

263
Faculté de Médecine de Paris

ANNEE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1899, à 1 heure

PAR

Auguste LASSERRE

Né à Bassillon-Vauzé (Basses-Pyrénées) le 6 Novembre 1872

PIED-BOT

ACQUIS

PAR SYNOVITE TENDINEUSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

LEJARS et MÉRY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1899, à 1 heure

PAR

Auguste LASSERRE

Né à Bassillon-Vauzé (Basses-Pyrénées) le 6 Novembre 1872

PIED-BOT

ACQUIS

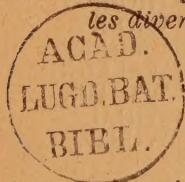
PAR SYNOVITE TENDINEUSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

LEJARS et MÈRY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomie.....		FARABEUF
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		LANDOUZY
Hygiène.....		PROUST
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie...		N...
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale.....	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants.....		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale.....		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..		GUYON
Clinique d'accouchement.....	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON BEAU-FRÈRE, JOSEPH STOEHLÉ

Secrétaire de l'Inspection Académique à Pau
Officier de l'Instruction publique

A MON COUSIN,

MONSIEUR LE CHANOINE SENDERENS

Docteur ès-sciences
Directeur de l'Ecole supérieure libre des Sciences
à l'Institut Catholique de Toulouse

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de Monsieur Schwartz, un malade présentant un pied bot varus, provoqué par une synovite de la gaine des péroniers latéraux. C'est l'observation de ce malade qui nous a suggéré l'idée de ce travail.

Mais quand nous avons voulu faire des recherches pour retrouver des cas analogues, nous avons été fort surpris de n'en pas trouver. Dans les ouvrages traitant du pied bot accidentel, il n'est pas fait mention de ce mode de production. D'autre part, tous les auteurs qui se sont occupés des affections des gaines tendineuses, signalent, il est vrai, les attitudes vicieuses qu'elles provoquent ; plusieurs décrivent les déformations ainsi produites à la main ; mais aucun ne donne de détails sur celles qui surviennent au pied ; ils les mentionnent à peine en passant. Nous avons lu toutes les observations de synovites tendineuses du pied, que nous avons trouvées ; dans aucune on ne rendait compte de l'attitude du pied, si ce

n'est cependant dans la huitième observation de la thèse de Fayolles (1874), où il est dit, à propos d'une malade affectée d'une synovite chronique de la gaine des péroniers latéraux, que le pied a une tendance à se porter en dedans, « à cause probablement d'une action plus faible des péroniers. »

Nous n'avons donc qu'une seule observation. Nous ne nous dissimulons pas que, dans ces conditions défavorables, et livrés à nos seuls moyens, nous ne puissions traiter ce sujet que d'une façon très imparfaite; peut-être aurons-nous fait cependant œuvre utile si nous donnons à plus compétent que nous l'idée d'entreprendre ce travail à son tour.

Nous commencerons par exposer rapidement l'anatomie générale, puis la pathologie des gaines synoviales tendineuses.

Cela nous aidera à comprendre la deuxième partie qui traitera de la physiologie pathologique de ces organes.

De ces notions découlera la pathogénie du pied bot consécutif aux synovites tendineuses, ce qui sera l'objet de notre troisième partie.

Une quatrième partie sera consacrée au traitement.

Enfin après avoir donné notre unique observation, nous exposerons nos conclusions.

PREMIERE PARTIE

ANATOMIE GÉNÉRALE DES GAINES SYNOVIALES TENDINEUSES

Les gaines synoviales tendineuses sont des organes séreux destinés à favoriser le glissement des tendons dans les gouttières osseuses. On pourrait comparer un de ces organes à un manchon, dont le feuillet interne ou viscéral est accolé au tendon et dont le feuillet externe ou pariétal est appliqué entre les parois du canal ostéo-fibreux, dans lequel doit glisser le tendon. Entre ces deux feuillets existe une cavité virtuelle, qui est close à ses deux extrémités par des culs-de-sac circulaires formés par le feuillet viscéral quittant le tendon pour se porter contre le canal ostéo-fibreux, où il se continue avec le feuillet pariétal. Les vaisseaux et les nerfs se rendant au tendon sont accompagnés par le feuillet pariétal, faisant manchon autour d'eux jusqu'au feuillet viscéral avec lequel il se continue. Ces ponts entre les

deux feuillets constituent les mésotendons. Un mésotendon unique peut exister sur toute la longueur de la gaine. Le plus souvent, il en existe plusieurs plus ou moins développés. Certaines gaines en sont dépourvues.

Le feuillet pariétal est constitué par une couche externe de faisceaux conjonctifs entremêlés de fibres élastiques, tapissée par une couche interne endothéliale. Le feuillet viscéral est formé par la seule couche d'endothelium.



PATHOLOGIE DES GAINES SYNOVIALES TENDINEUSES

Les auteurs qui ont décrit les affections des gaines synoviales tendineuses considèrent :

- 1° Les lésions traumatiques des gaines tendineuses ;
- 2° Les lésions inflammatoires ou synovites aiguës ;
- 3° Les lésions inflammatoires ou synovites chroniques ;
- 4° Les tumeurs des gaines tendineuses.

1° *Lésions traumatiques.*

Les traumatismes divers : contusion, piqure ou plaie, intéressant les gaines synoviales ne donnent pas lieu à des lésions particulières nécessitant une description à part,

Ils provoquent des synovites aiguës souvent accompagnées d'épanchements sanguins dans les cas de contusions. Si une piqûre ou plaie a donné lieu à une inoculation septique, c'est une synovite suppurée qui se produit.

2° *Synovites aiguës.*

Nous adoptons la classification des synovites aiguës donnée par Schwartz dans l'article Synoviale du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (tome XXXIV). Cet auteur distingue :

1° Les synovites aiguës sèches dont il étudie deux formes, la synovite sèche proprement dite, appelée encore synovite crépitante ou àï douloureux, et la synovite plastique ;

2° Les synovites aiguës avec épanchement dont il existe aussi deux variétés :

La synovite séreuse et la synovite suppurée.

La *synovite sèche proprement dite* est le résultat de l'irritation produite par des efforts répétés, c'est « l'apanage des muscles travailleurs, ceux qui décri-
« vent un long trajet, se réfléchissent et frottent sur
« des reliefs osseux. » (Reclus).

Pauzat (1) l'a décrite survenant dans les gaines tendineuses du pied chez les soldats à la suite de marches longues et répétées. D'après Michon et Follin, l'irritation produit à la face interne de la séreuse une desquamation de l'endothélium et une exsudation de neo-membranes.

Le trottement des deux feuillets dépolis explique ce bruit de crépitation spéciale, qu'on a qualifié de neigeuse ou amidonnée ; bruit qu'on a comparé au frou-frou de la soie qu'on chiffonne, et qui a fait donner à cette affection le nom de synovite crépitante.

Le nom d'âi douloureux vient de ce que le moindre mouvement du tendon dans la gaine malade provoque une vive douleur.

La *synovite plastique* ou adhésive est provoquée ordinairement par un traumatisme ; que ce soit un traumatisme accidentel ou un traumatisme opératoire. Elle survient aussi dans le rhumatisme ou la goutte. Nous dirons plus loin comment elle s'allie ou succède à d'autres formes anatomo-pathologiques.

Le professeur Gosselin (2) a le premier bien étudié les lésions de cette variété de synovite. Les parois de la gaine synoviale sont toujours épaissies et parcourues par un réseau vasculaire abondant.

(1) Pauzat : Âi douloureux de la jambe. — Arch. de méd. mil. 1892 : p. 396.

(2) Gosselin : Synovites tendineuses accompagnant une fracture. — Clin. chirurg. de la Charité, t. I. p. 98.

Les mesotendons également sont épaissis et vascularisés.

Dans la cavité de la séreuse il se forme une substance rosée, gélatineuse, molle, formée de cellules embryonnaires en prolifération. On peut enlever facilement par le grattage cette substance plastique qui est adhérente à la paroi et au tendon. On trouve alors la surface de cette paroi et du tendon dépolie et rugueuse au toucher.

La guérison peut survenir par la résorption de la substance plastique qui disparaît sans laisser de traces. Mais souvent elle s'organise en tissu fibreux, et constitue alors des adhérences entre le tendon et sa gaine synoviale ; l'affection est passée à l'état chronique.

La *synovite séreuse* ou *hydropisie aiguë* des synoviales tendineuses apparaît parfois à la suite d'un traumatisme ; le plus souvent elle survient dans le courant d'une infection générale, dans le rhumatisme, la goutte, la blennorrhagie, dans la syphilis. Rarement c'est une complication de la scarlatine, de la fièvre typhoïde.

On ne connaît guère les lésions propres à l'hydropisie aiguë des gaines tendineuses, parce que le plus souvent l'épanchement se résorbe, et la guérison a lieu. Lorsqu'elle ne guérit pas, elle devient chronique ou se transforme en synovite suppurée.

Toute plaie septique, accidentelle ou chirurgicale,

peut donner lieu d'emblée à une *synovite suppurée* ; un panaris, un phlegmon du voisinage peuvent la provoquer ; enfin elle peut être symptomatique d'un état général grave, ou d'une maladie infectieuse, scarlatine (Rothman), fièvre typhoïde (Albert Robin), etc.

Le sac synovial se remplit de pus sanieux ou séro-purulent, dans lequel on remarque des débris fibrino-purulents détachés des parois. Ces parois épaissies et très vascularisées sont tapissées à leur face interne d'une substance pulpeuse grisâtre et de bourgeons charnus embryonnaires.

Dans la seconde partie de notre travail, nous reviendrons longuement sur la marche et la physiologie pathologique de cette variété de synovite.

3° *Synovites chroniques*

Schwartz (loco-citato) décrit successivement :

1° Les synovites tendineuses chroniques simples à épanchement séreux ou gélatiniforme ;

2° Les synovites tendineuses à grains riziformes ;

3° Les synovites fongueuses ou tuberculeuses.

Nicaise (1) a décrit en outre en 1872 : la synovite chronique sèche et la synovite chronique hémorrhagique.

(1) Nicaise. Gazette médicale, 1872, page 98.

Mais on n'a pas publié d'observation de cette dernière variété. Ce serait l'hématocèle de la synovite tendineuse.

Quant à la synovite chronique sèche, Nicaise appuie sa description sur un cas trouvé à l'amphithéâtre. Ce cas se rapproche d'un cas de Broca et d'un autre cas de Berdinel communiqués à la Société anatomique en 1851. Ce serait une inflammation chronique donnant lieu à une transformation graisseuse de la synoviale tendineuse.

Ces variétés sont en tout cas très rares, et nous ne parlerons que des formes décrites par Schwartz.

La *synovite chronique séreuse* survient chez les arthritiques ; elle est provoquée par des traumatismes souvent répétés ; elle peut succéder à une synovite aiguë.

Les parois de la gaine sont épaissies et dans la poche on trouve un liquide parfois séreux et clair, souvent visqueux, ayant l'aspect de la gelée de pomme ou de groseille. Nous verrons plus loin comment un traitement approprié amène la guérison, et comment elle se transforme souvent en synovite suppurée.

Plusieurs auteurs et en particulier Lejars, dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, font de la *Synovite à grains riziformes* une variété de la synovite tuberculeuse.

Cette idée a été établie surtout par les travaux de Nicaise, Poulet et Vaillard ; après eux, tous les

auteurs qui se sont occupés de cette question ont adopté leur théorie.

Cette affection se rencontre en effet chez les tuberculeux avérés, précédant souvent la synovite fongueuse. De plus, on a constaté, à l'examen des parois ou du contenu des gaines synoviales atteintes de cette forme pathologique, la présence de bacilles de Koch. On a cité même des cas où l'examen n'avait pas permis de voir des bacilles, mais où cependant l'inoculation de ces produits à des animaux fut positive et provoqua la mort par tuberculose généralisée (Terrillon et Hippolyte Martin).

Voici quelles sont les lésions constatées dans cette affection. La paroi du sac synovial est épaissie irrégulièrement, rigide et résistante ; sa face interne est dépolie, hérissée de brides, de crêtes, de végétations. A la coupe histologique, on y distingue trois couches : 1° une zone externe fibreuse sillonnée de vaisseaux d'assez gros calibre ; 2° une zone moyenne dont la structure est celle du tissu de granulation, noyaux embryonnaires, vaisseaux presque tous capillaires, a paroi néoformée comme dans les bourgeons charnus ; c'est la zone de prolifération ; 3° une zone interne, très mince, constituée par une lame de substance réfringente ou vitreuse, homogène ou granuleuse par places et où l'on ne retrouve plus que quelques noyaux épars ; c'est un exsudat fibrineux formé d'après un processus particulier. « Il s'agit là,

dit Nicaise, d'un mode particulier des rapports de l'inflammation et de la tuberculose. Il n'y a pas simple prolifération des cellules ou diapédèse des globules blancs autour du tubercule ; il y a autre chose, le tubercule s'accompagne d'une inflammation qui produit un exsudat considérable de matière fibrineuse ».

C'est dans les zones externe et moyenne qu'on a trouvé des nodules tuberculeux. Ils naissent souvent autour des petits vaisseaux, de la paroi, eux-mêmes atteints d'endartérite et de péri-artérite. Ils sont en général plus abondants dans la couche externe ; jamais ils ne se prolongent dans la couche interne. Ils renferment des bacilles de Koch.

Dans le sac ainsi modifié, on constate la présence d'un liquide visqueux et jaunâtre ou séro-purulent. Ce liquide, en général, n'est qu'en petite quantité et occupe les espaces libres entre les grains riziformes.

Ceux-ci sont souvent en nombre considérable tellement que parfois la poche synoviale en est bourrée et qu'il n'y a plus du tout de liquide. Ordinairement blancs, mous, friables, leur forme est variable ainsi que leur grosseur ; on les compare aux grains de riz demi-cuits, d'où le nom de grains riziformes. A la coupe, chacun est formé de strates concentriques régulièrement emboîtées les unes dans les autres ; il reste souvent une petite cavité irrégulière au centre, et par places entre les couches des traînées

finement granuleuses. On a constaté plusieurs fois dans leur épaisseur des figures qui rappellent par le mode de groupement des éléments cellulaires le follicule de la paroi (Nicaise, Poulet et Vaillard).

Le mode de formation des grains riziformes a été longtemps débattu : depuis Laennec, qui les décrivait sous le nom d'acéphalocystes et les croyait organisés, jusqu'à Nicaise, Poulet et Vaillard, qui en ont donné une explication fondée sur l'identité de composition des grains et de la lame fibrinoïde qui revêt à sa face interne la synoviale malade.

D'après ces derniers auteurs, cette lame fibrinoïde, sous l'influence du mouvement de va et vient du tendon qui la frotte, se décolle par lambeaux ; ces lambeaux s'enroulent sur eux-mêmes, se détachent, et, libres dans la cavité de la synoviale, s'arrondissent et forment les grains.

On a décrit un autre mode pathogénique de la formation des grains riziformes, mode qui semble lié à certaine forme rare de synovite chronique. Sous l'influence de l'inflammation, les villosités qui se trouvent sur la face interne de la paroi de la poche s'hypertrophient, émettent des bourgeons qui se pédiculisent et se détachent sous l'influence des mouvements du tendon. En effet, on rencontre dans la gaine tendineuse des corps flottants, des corps adhérents par des pédicules de longueur inégale, des végétations sessiles.

Ce seraient des *synovites à grains riziformes non tuberculeuses*.

La *synovite fongueuse* peut succéder aux diverses inflammations des synoviales. Les traumatismes peuvent la provoquer. Elles naissent surtout chez les individus affaiblis et chez les scrofuleux.

Les parois de la gaine sont épaissies ; la face interne est dépolie, couverte de végétations. Dans la cavité, on trouve un liquide, tantôt séreux ou filant, tantôt louche ou sanguinolent, dans lequel baignent des débris de fongosités. Les tendons peuvent rester intacts. Mais souvent, le tendon perd son aspect lisse, il est terne et dépoli. D'autres fois, il est attaqué par le processus tuberculeux. Il se recouvre de fongosités, son tissu se dissocie ; peu à peu rongé par ces fongosités, il peut finir par se rompre.

Les fongosités sont d'aspect variable quant à leur volume, leur forme, leur couleur. Lejars en distingue quatre variétés :

Les fongosités tuberculeuses proprement dites infiltrées de grains tuberculeux ;

Les fongosités vasculaires contenant à leur centre un bouquet de vaisseaux ;

Les fongosités hémorrhagiques qui font tache comme un point noir, et dont la masse est occupée par un foyer d'apoplexie miliaire ;

Les fongosités purulentes, coiffées d'une nappe

de pus, sillonnées de bandes puriformes qui ne sont autres que du tubercule caséifié.

4° Tumeurs des gaines tendineuses

Nous ne ferons que mentionner les ganglions que certains auteurs étudient avec les tumeurs des gaines tendineuses.

Parmi les tumeurs proprement dites qu'on a rencontrées dans ces organes, les plus fréquentes relativement sont les sarcômes. Les lipômes sont rares, et les fibrômes très rares.

On a signalé aussi des gommies syphilitiques. Un traumatisme insignifiant a pu occasionner l'apparition de ces gommies, le plus souvent elles ont apparu spontanément. Ces gommies ramollies et ulcérées peuvent prendre l'aspect de la synovite fongueuse vraie.

Rappelons, à propos de syphilis, qu'on a signalé comme appartenant à la période secondaire, la synovite crépitante et la synovite séreuse chronique qui dans ce cas est assez souvent symétrique et peut, d'après Fournier, revêtir la forme sub-inflammatoire.

DEUXIÈME PARTIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Dans cette partie de notre travail nous insisterons surtout sur la physiologie pathologique des diverses affections dont nous avons déjà parlé.

Nous allons montrer comment les synovites produisent des attitudes vicieuses des membres, attitudes vicieuses qui, siégeant au pied et persistant, constitueront des pieds bots.

Disons tout de suite que les lésions de la synovite plastique représentent l'une des causes de la persistance de ces difformités. La synovite plastique rarement isolée est, comme nous allons le voir, la complication ou l'aboutissant des autres formes anatomopathologiques.

Synovite crépitante. — Dans la synovite crépitante, il se produit un dépoli de la surface interne de

la synoviale, ce qui occasionne de la douleur et de la gêne dans les mouvements du tendon qui le traverse. Il y a aussi formation de néo-membranes. Mais les lésions sont si atténuées, qu'elles rétrogradent avec la plus grande facilité.

Avec du repos, des révulsifs, des onctions calmantes et résolutives, une douce compression, la guérison arrive ordinairement après dix ou quinze jours.

Il peut à la rigueur pendant quelque temps persister un peu de raideur des mouvements ; mais toute trace de maladie disparaît bientôt. La guérison est donc la règle.

Quelquefois cependant ce n'est que le début d'une synovite plus grave. Surtout après plusieurs poussées successives, car la récurrence est très fréquente, les lésions de la synovite crépitante peuvent s'accroître ; il y a alors de la synovite plastique. « La synovite plastique ou adhésive, dit Schwart, n'est qu'un degré probablement plus avancé de la synovite crépitante. Dans cette dernière les lésions sont si atténuées qu'elles rétrogradent avec la plus grande facilité ; de plus elles affectent généralement des gaines simples comme disposition et dans lesquelles les adhérences se font plus difficilement. Dans la synovite plastique ou adhésive il n'en est plus de même, Ces lésions sont plus avancées et elles se produisent

dans des gâines compliquées à tendons superposés et multiples (1) ».

D'autres fois, par suite de défaut de soins ou de constitution, la synovite crépitante peut devenir séreuse, ou purulente, ou même fongueuse chez les individus tuberculeux.

Voici un exemple de cette transformation de forme : « J'ai eu l'occasion, dit Gosselin, de vous montrer dernièrement à la consultation un malade qui avait été traité par le séton de cette affection de la grande bourse synoviale des fléchisseurs, que l'on désigne sous le nom d'hydropisie crépitante. Une synovite suppurante avait été la conséquence de ce traitement. Le malade avait guéri avec les adhérences dont je viens de parler, et il se présentait à nous avec tous les doigts à demi fléchis, incapables de s'étendre, en un mot dans cet état que je désigne sous le nom de main en griffe (2) ».

Synovite séreuse aiguë. — La synovite séreuse ou hydropisie aiguë des synoviales tendineuses a un pronostic très peu grave. L'épanchement se résorbe dans l'espace de quelques jours, sous l'influence d'un traitement assez anodin, qui consiste dans l'enveloppement ouaté, les antiphlogistiques, etc.

(1) Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. XXXIV, p. 377.

(2) Gosselin. Clinique chirurgicale de la Charité, tome II, p. 238, édition 1839.

Si la syphilis est en cause, le traitement spécifique amène la guérison dans l'espace d'une quinzaine de jours. Elle alterne fréquemment avec d'autres synovites tendineuses ou articulaires, dans le rhumatisme ou la blennorrhagie.

Elle s'accompagne de douleur et de gêne des mouvements, phénomènes qui disparaissent avec la guérison.

Dans quelques cas, cependant, elle peut être lente à disparaître, elle peut passer à l'état chronique; elle se transforme en synovite suppurée.

Synovite suppurée. — La synovite suppurée va nous retenir davantage. Dans sa thèse de doctorat, Schwartz insiste longuement sur l'intervention de la synovite plastique dans les cas de suppuration des gaines synoviales de la face palmaire de la main.

« La synovite suppurée, dit-il, est mélangée presque toujours à la synovite adhésive ou plastique. Cette dernière a pour sa production des endroits de prédilection. Elle se produit surtout dans les points les plus rétrécis... (1) » Il cite dans sa thèse un grand nombre d'observations, où des synovites suppurées ont abouti à des difformités persistantes.

Voici quelle est la marche de l'affection au point de vue qui nous occupe. Au début, l'inflammation s'accompagne de tension douloureuse dans la partie

(1) Schwartz, thèse de doctorat, 1878 : page 92.

atteinte, les divers segments de la région se fléchissent les uns sur les autres de façon à donner à la cavité la plus grande étendue possible. Alors les mouvements spontanés ne peuvent plus être produits, et la moindre tentative pour redresser la position pathologique ainsi formée, provoque chez le malade des douleurs très vives. Si l'incision n'est pas faite, l'abondante collection de pus arrive quelquefois à rompre la gaine tendineuse dans laquelle elle est contenue ; le membre alors s'infiltré de pus, sur une grande hauteur, et souvent la mort survient comme conséquence de ce phlegmon diffus secondaire.

Mais, dans bien des cas, la collection reste circonscrite, surtout si la gaine synoviale est interrompue par des passages rétrécis, ce qui a lieu, par exemple, lorsqu'elle est croisée par un pont fibreux inextensible comme le ligament annulaire du poignet ou le ligament annulaire du tarse.

Il se forme au niveau de ces rétrécissements des foyers de synovite plastique qui produisent des adhérences. Ce sont ces adhérences qui arrêtent l'expansion du pus. Mais elles produiront une entrave fonctionnelle et rendront irréductibles les attitudes vicieuses.

« Il y a donc ici synovite, dit Gosselin dans un cas de ce genre, mais qui n'a pas suppuré au niveau et au delà de la portion palmaire de la synoviale. Ce qui reste grave chez notre sujet, c'est que cette mala-

die se terminera probablement par des adhérences qui s'opposeront aux mouvements partiels des doigts ; en effet, les petites gaines accessoires de chacun des tendons sont probablement le siège d'une inflammation plastique de laquelle pourront résulter les adhérences du paquet tendineux au carpe et de chacun des tendons entre eux, et par suite une abolition ou une diminution des glissements, les doigts restant plus ou moins fléchis, et la flexion restant elle-même plus ou moins limitée par cette espèce d'ankylose des tendons (1). »

Et plus loin Gosselin ajoute : « Il est vrai que les adhérences obtenues entre les tendons et leur gaine gênent pour toujours les mouvements. Mais cet inconvénient est bien léger à côté du grand avantage de soustraire le patient aux suites graves et quelquefois mortelles de l'inflammation suppurative envahissant la paume de la main et l'avant-bras. » (2)

C'est là en effet un processus relativement favorable. La collection peut alors s'ouvrir spontanément par la peau, et les tissus nécrosés s'éliminent par ce trajet fistuleux. Le phlegmon diffus et ses conséquences graves ont été évités :

Synovite séreuse chronique.— Cette forme de synovite se développe d'une manière insidieuse. La dou-

(1) Gosselin, Clin. chir. de la Charité, t. II, p. 238.

(2) Ibid. page 251.

leur est peu accusée ou nulle ; c'est plutôt une sensation de gêne et une maladresse de plus en plus marquée dans les mouvements. Par suite de l'augmentation de la quantité de l'épanchement, le gonflement s'accroît, et les parties dont les gaines sont atteintes prennent la position la plus favorable pour que la cavité en soit rendue la plus grande possible, comme nous l'avons déjà signalé à propos de la synovite suppurée. Cela fait que bientôt il y a impotence du membre. Mais cette déformation n'est pas irréductible, il n'y a pas d'adhérences empêchant le redressement du membre dévié. La marche de cette affection est lente ; l'épanchement a une tendance à rester stationnaire. Parfois, si l'on n'intervient pas à temps, et sous l'influence de traumatismes, cette forme de synovite peut suppurer et donner lieu à tous les accidents de la synovite purulente.

Mais quand le médecin emploie un traitement approprié, tout rentre dans l'ordre. Le traitement de choix consiste à pratiquer une incision aseptique, laver la poche et drainer, ou mieux, si cela est possible, extirper la poche entière.

On conseillait après avoir ponctionné la poche et l'avoir vidée de son contenu, de faire dans son intérieur une injection iodée, ou de toucher la face interne de la paroi avec du nitrate d'argent, pour provoquer une inflammation aiguë qui modifierait ces parois.

Mais ces interventions ont précisément cet inconvénient qu'en guérissant la synovite séreuse chronique, elles peuvent provoquer une synovite suppurée, et avec elle tous les désordres graves dont nous avons déjà parlé, et ceux qui résultent de l'intervention de foyers de synovite plastique.

Synovite à grains riziformes. — Cette forme-ci entraîne elle aussi des déformations et peut aboutir à l'impotence complète. Comme dans les autres variétés de synovites avec épanchement, par suite de l'afflux du contenu de la poche, le membre prend la position qui permet la plus grande capacité de cette poche. Le redressement des parties déviées devient douloureux et bientôt impossible.

Nous avons vu que le plus souvent cette affection est de nature tuberculeuse. Le pronostic n'est pas toujours grave, parce que c'est une tuberculose relativement bénigne, à tendance fibreuse. Les néomembranes issues de la prolifération des parois peuvent se transformer en tissu fibreux, qui créera des adhérences entre le tendon et sa gaine. Cette solution est vraisemblable également lorsque la tuberculose n'est pas en cause.

Mais la synovite à grains riziformes typique, d'essence tuberculeuse, a le plus souvent une marche plus alarmante. Après une durée en général fort longue d'évolution torpide, quelquefois plusieurs années, la poche s'ouvre au dehors soit spontanément, soit par

une influence accidentelle, et alors elle s'enflamme et suppure.

C'est ce qui arrivait à peu près régulièrement lorsqu'on intervenait avec les méthodes anciennes ; aussi les chirurgiens étaient-ils découragés ; Gosse-
lin en était arrivé à préconiser l'abstention au point de vue curatif, et la ponction simple palliative et répétée aussi souvent qu'il le fallait.

Avec l'extirpation totale de la gaine, si c'est possible, ou le curettage et la cautérisation à la solution de chlorure de zinc ou au naptol camphré des culs-de-sac inaccessibles, et, avec le pansement antiseptique, on arrive aujourd'hui à éviter, ce qui serait la règle, la transformation en synovite fongueuse.

Synovite fongueuse. — Les troubles fonctionnels apparaissent ici dès le début et ne font que s'accroître au fur et à mesure que se développe la lésion.

Ce n'est d'abord que de la gêne des mouvements. « Ces tumeurs (fongueuses), dit Bidart, modifient bientôt les fonctions des muscles autour desquels elles se sont développées ; il survient de là raideur, un engourdissement continu, et les mouvements quoique peu douloureux sont moins complets, moins sûrs. » (1)

La maladie faisant des progrès, la gêne devient de l'impotence ; le membre se déforme ; les segments

(1) Bidart, Thèse de Doctorat, 1858, p. 44.

de membre mis en mouvement par les tendons correspondants aux gaines envahies sont déviés, et ne peuvent bientôt plus être ramenés dans la rectitude.

Le pronostic est variable suivant les cas. Quelquefois après une longue période, où la forme et les mouvements ont été altérés, la tuméfaction pourrait rétrocéder sous l'influence d'un traitement approprié. Schwartz dit avoir observé dans le service de Labbé deux cas où l'immobilisation dans le plâtre et des injections interstitielles de teinture d'iode dans les fongosités amenèrent la guérison. Il ne reste qu'un peu d'épaississement profond et un peu de gêne des mouvements. « Dans ces cas il se fait une rétraction, un ratatinement du tissu morbide probablement produit par une transformation fibreuse. » (1)

Plus fréquemment, la peau est envahie, il se produit une fistule d'où émergent des fongosités exubérantes et par où s'éliminent des tissus nécrosés. Le mal gagne les organes voisins, os, articulations. Les troubles fonctionnels sont très accentués et l'état général est attaqué. Le tendon envahi lui-même par le processus morbide, sa continuité peut être interrompue ; il est sectionné par les fongosités.

« On pourrait croire que cette section pathologique du tendon devrait permettre de ramener artificiellement les doigts ou les extrémités des membres

(1) Dict. de Méd. et de Chir. prat. p. 408 du t. XXXIV.

dans la situation normale. Il n'en est rien. Les bouts des tendons font corps avec la masse fongueuse, et lorsqu'on cherche à corriger la déviation, on éprouve bientôt de la résistance, et l'on voit une traction et une dépression être produites sur la tumeur fongueuse par le bout inférieur du tendon tirailé (2) ».

Ici donc encore les adhérences sont telles que le tendon ne peut plus jouer dans sa gaine synoviale.

Il est vrai qu'au point de vue de l'avenir du malade ce n'est là qu'une considération secondaire, car cette affection aboutit au terme inévitable des tuberculoses locales, c'est-à-dire à la tuberculose viscérale et généralisée.

Tumeurs.— Il nous paraît très vraisemblable qu'un néoplasme développé dans une gaine tendineuse produise autour de lui une inflammation de cette séreuse; cette inflammation pouvant donner lieu à des adhérences plastiques.

Dans sa thèse de Doctorat, Schwartz donne les résultats de l'autopsie d'un sujet ayant une tumeur de la synoviale palmaire : « Intégrité absolue du petit doigt. Sa gaine est normale, elle ne communique pas avec la grande cavité palmaire, grâce à des adhérences entre le tendon et le feuillet pariétal en haut. L'examen à l'état frais, fait par M. Malassez, montre qu'on a affaire à une tumeur de la synoviale,

(4) Chandelux. — Thèse d'agrégation 1883, p. 138.

à un sarcôme fuso-cellulaire, télangiectasique, avec dégénérescence colloïde et amyloïde par points (1) ».

Ces cas de tumeurs sont très rares et nous n'insisterons pas davantage.

(1) Schwartz. — Thèse de Doctorat 1878, p. 95.



TROISIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE DU PIED BOT

D'après tout ce que nous avons dit, on voit donc que dans les diverses inflammations des synoviales tendineuses, il y a plusieurs sortes de lésions. C'est la prédominance de telle ou telle lésion qui donne à une synovite son cachet particulier, et lui assigne une dénomination.

Nous avons vu que dans tous les cas, il peut y avoir à la surface interne de la paroi une néo-formation de membranes. Ces néo-membranes peuvent se résorber et disparaître sans laisser de traces, ou persister et s'organiser. C'est d'ailleurs le même tableau anatomo-pathologique et clinique que l'on est habitué à observer dans les inflammations de toutes les séreuses.

La résorption de ce produit inflammatoire est

Lasserre

3

assez rare ; le plus souvent, le processus aboutit à la sclérose, à la production d'adhérences fibreuses reliant le tendon à sa gaine. Il se produit une ankylose du tendon.

« Les adhérences peuvent être si serrées et si « confluentes, qu'elles créent en réalité une soudure « totale, la symphise vagino-tendineuse ; mais il suffit de quelques brides résistantes et courtes pour « servir d'arrêt au tendon et supprimer l'effet utile de « la contraction musculaire (1) ».

Dans cet état du tendon, le membre ou le segment du membre qu'il mouvait à l'état normal, est immobilisé, du moins en partie. Par exemple si c'est un tendon fléchisseur qui est ainsi soudé, l'extension sera forcément impossible à un certain degré.

Cela dit, on va aisément comprendre comment le pied bot peut être la conséquence de cette évolution morbide. Rappelons d'abord l'excellente définition du pied bot donnée par Kirrmisson : « Le pied bot est une « attitude vicieuse et permanente du pied sur la jambe, « telle que le pied ne repose plus sur le sol par ses « points d'appui normaux. »

Il faudra donc, pour qu'il y ait pied bot, qu'un tendon soit soudé à sa gaine, de telle sorte qu'il empêche le pied d'avoir la position qui lui permet de

(1) Lejars. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, tome I, p. 849.

reposer sur le sol, par les points qui y appuient normalement. Il faut, en d'autres termes, qu'il y ait ankylose d'un tendon, conservant le pied en attitude vicieuse.

Or nous avons vu combien étaient fréquentes les attitudes vicieuses produites par les synovites. Tous les auteurs les ont signalées au pied, quoiqu'ils n'aient guère insisté que sur les attitudes vicieuses de la main. Ainsi Chandelux, après avoir décrit les déformations de la main, se contente d'ajouter : « Au pied, « les attitudes vicieuses et les déviations sont en rapport avec le siège de l'affection (1). »

Voici donc ce qui se produit : Une synoviale tendineuse du pied étant enflammée, le pied prend une attitude vicieuse ; peu à peu il se produit entre le feuillet pariétal de la gaine malade et le tendon qui la traverse, des adhérences qui soudent ces deux surfaces entre elles, et produisent ainsi un obstacle insurmontable au redressement du pied.

D'autre part, qui dit attitude vicieuse dit allongement de certains muscles, et raccourcissement des muscles antagonistes, en d'autres termes relâchement de certains muscles et contraction des muscles opposés. N'est-ce pas d'ailleurs cet état des muscles qui est la cause immédiate de l'attitude vicieuse ? Que cet état se prolonge, la contraction persistante

(1) Chandelux. — Thèse d'agrégation, 1883. p. 137.

deviendra de la contracture, cette contraction pouvant disparaître tant que les muscles ne sont pas altérés. Plus tard, le muscle se modifie, la contraction devient de la rétraction « par adaptation » (1) (Dally).

« Lorsque les deux points d'insertion d'un muscle, dit Routier, sont rapprochés, il se fait une rétraction par adaptation qui, plus tard, il est vrai, peut dégénérer en scléro-adipose interstitielle » (2).

Dans les cas d'attitude vicieuse occasionnée par une synovite tendineuse, cette contracture, puis cette rétraction peut évidemment exister seule et précéder la formation des adhérences qui doivent ankyloser le tendon dans sa gaine.

Supposons donc, par exemple, que l'inflammation de la gaine des péroniers latéraux ait dévié le pied en varus, l'obstacle au redressement pourra être non seulement l'impotence fonctionnelle, par ankylose de leurs tendons, des péroniers latéraux, mais encore la contracture ou la rétraction des muscles adducteurs.

Il est évident que la variété du pied bot doit varier suivant que telle ou telle gaine synoviale est atteinte, parce que l'attitude que prendra le pied sera variable suivant les cas.

On décrit, dans les traités d'anatomie, huit gaines

(1) Dally. Mémoire au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, 1874.

(2) Routier. Thèse de 1881.

synoviales tendineuses autour de l'articulation tibio-tarsienne. Enumérons-les rapidement :

A la région antérieure, en allant de dedans en dehors, on trouve la gaine du jambier antérieur, celle de l'extenseur propre du gros orteil, puis celle de l'extenseur commun des orteils.

A la région externe, il y a la gaine des péroniers latéraux qui se bifurque à sa partie inférieure pour accompagner les deux tendons séparés. Dans son trajet plantaire le tendon du long péronier possède une nouvelle courte bourse, appelée la gaine plantaire du long péronier. Celle-ci communique avec la précédente dans un tiers des cas environ, d'après Poirier.

A la région interne se trouvent la gaine du jambier postérieur, celle du long fléchisseur commun, et celle du long fléchisseur propre du gros orteil.

Au niveau des orteils, toujours à une grande distance des gaines tarsiennes, des synoviales sont annexées à chaque tendon fléchisseur.

On a observé, il est vrai l'inflammation de toutes ces gaines, nous ne décrivons pas cependant les déformations produites dans chaque cas particulier, car dans aucune observation nous n'en avons trouvé la description.

Une seule fois, dans une observation de la thèse de Fayolle (1) il est fait allusion, en passant, à une

(1) Thèse de Fayolle, 1874, VIII^e observation.

déformation consécutive à une synovite à grains rizi-
formes de la gaine des péroniers. Le pied était dévié
en varus comme dans l'observation de notre malade,
qui lui aussi était atteint de la même affection.



TRAITEMENT

Le traitement prophylactique très important consistera à éviter que le pied ne prenne une attitude vicieuse. Il faudra chercher à prévenir, que les autres formes ne se transforment en synovite suppurée ou en synovite fongueuse, qui sont les plus rebelles. Pour empêcher l'attitude vicieuse de se produire, le meilleur moyen est, tout en soignant la synovite par un traitement approprié à chaque cas particulier, de maintenir le pied en bonne position par un pansement ou même par un appareil plâtré.

Lorsque l'attitude vicieuse existe déjà, le redressement pourra être obtenu en administrant le chloroforme au malade pour vaincre la contraction musculaire.

S'il y a déjà des adhérences fibreuses on pourra essayer de les rompre avec des bains, des massages, des séances de mouvements ; mais dans bien des cas,

comme lorsqu'il y aura rétraction musculaire, on en sera réduit à pratiquer des sections tendineuses.

Dans tous les cas, le redressement étant acquis devra être maintenu par un appareil immobilisateur.



OBSERVATION

Le nommé V..., âgé de 30 ans, exerce la profession de valet de chambre.

Antécédents héréditaires. — Il, n'accuse aucun antécédent héréditaire à signaler.

Antécédents personnels. — Il a eu, nous dit-il, l'influenza il y a dix ans.

Il y a huit ans, il se fit une entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite qui fût assez longue à guérir. Depuis lors, nous dit-il, il souffrait de cette région lorsque le temps voulait changer.

Commémoratifs de la maladie actuelle. — Il nous raconte que depuis environ trois mois, il lui arrive en marchant de faire souvent des faux pas, ce qui lui occasionne une légère douleur en arrière et au-dessous de la malléole externe droite et au-dessous du talon du même côté.

Il a remarqué depuis quelques temps qu'il avait un gonflement au niveau de cette malléole externe droite ; peu à peu il a eu de la gêne pour marcher ; cette gêne a augmenté et actuellement il marche avec beaucoup de difficulté.

Il entre à l'hôpital Cochin dans le service de Monsieur Schwartz, le 23 décembre 1898,

Etat actuel. — On remarque une tumeur bilobée assez considérable siégeant au-dessous et en arrière de la malléole externe droite, sur le trajet de la gaine des péroniers latéraux. Lorsqu'il marche, il appuie sur le sol par le bord externe du pied ; il ne peut redresser son pied de façon à le poser normalement.

Lorsqu'il est étendu sur le lit, on trouve à la palpation la tumeur à peu près indolore, présentant une rénitence profonde, et donnant lieu à la crépitation amidonnée. L'extrémité inférieure du péroné est intacte ; l'articulation tibio-tarsienne ne paraît pas intéressée.

Le pied est dévié en dedans et l'on ne parvient pas à le redresser.

Les autres organes, en particulier le poumon, ne présentent rien de particulier à signaler.

Opération. — Le 7 janvier 1899 ce malade est porté à la salle d'opération pour y être opéré. Monsieur Schwartz fait remarquer que sous l'action du sommeil anesthésique, le pied est devenu assez mobile et se redresse aisément. La gaine synoviale est ouverte, il en sort une grande quantité de grains riziformes avec un peu de liquide. La face interne de la cavité est grattée avec une curette et touchée avec du naphthol camphré. Suture de la gaine au catgut et par dessus, suture de la plaie cutanée. Drain en caoutchouc. Pansement iodoformé.

On applique un appareil plâtré maintenant le pied en bonne position.

Le 23 janvier. Le malade se plaint d'un peu de douleur au talon. On enlève l'appareil plâtré. Le drain a permis l'écoulement d'un peu de liquide. Il

existe un peu de gonflement aux environs de la malléole. Le pied n'a pas l'air dévié. On introduit une petite mèche dans la fistule, et on fait un pansement compressif.

Le 30 janvier. Le pansement est ouvert. Très peu de liquide s'est écoulé par la fistule. Un léger gonflement persiste. On ne remet plus la mèche ; mais comme le pied semble avoir une tendance à se porter en adduction, on place une attelle externe et des bandes par dessus.

Le 20 février. On enlève l'attelle. Il ne subsiste qu'un peu de gonflement ; on replace un pansement compressif.

Le 6 mars. Il ne subsiste qu'une légère tuméfaction de la gouttière rétro-malléolaire. L'adduction du pied n'est plus guère sensible. M. Schwartz permet au malade de se lever et de marcher dans la journée.



CONCLUSIONS

1° Les inflammations des gâines synoviales tendineuses provoquent des attitudes vicieuses des extrémités des membres.

2° Ces attitudes vicieuses constituent au pied de véritables pieds-bots acquis.

3° Les obstacles qui s'opposent au redressement du pied sont : la contracture et la rétraction musculaires, les adhérences plastiques qui soudent les tendons à leur gâine.

4° Le traitement de cette sorte de pied-bot doit être surtout prophylactique, en évitant la production des attitudes vicieuses du pied dans le cours des synovites tendineuses. Pour cela il faut, aussitôt que possible, immobiliser le pied en bonne position.

5° Lorsque le pied-bot existe déjà, on cherchera à mobiliser le pied par des moyens variables suivant le cas, pour le redresser et le fixer ensuite,

Vu

Le Président de la Thèse,

TILL AUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



